

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N^o 548

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ionel-Ianco ROSENTHAL

Né le 29 septembre 1906, à Bucarest (Roumanie)

LA
RÉTRACTION UTÉRINE
PENDANT LE TRAVAIL

Président : M. J. C. JEANNIN, Professeur

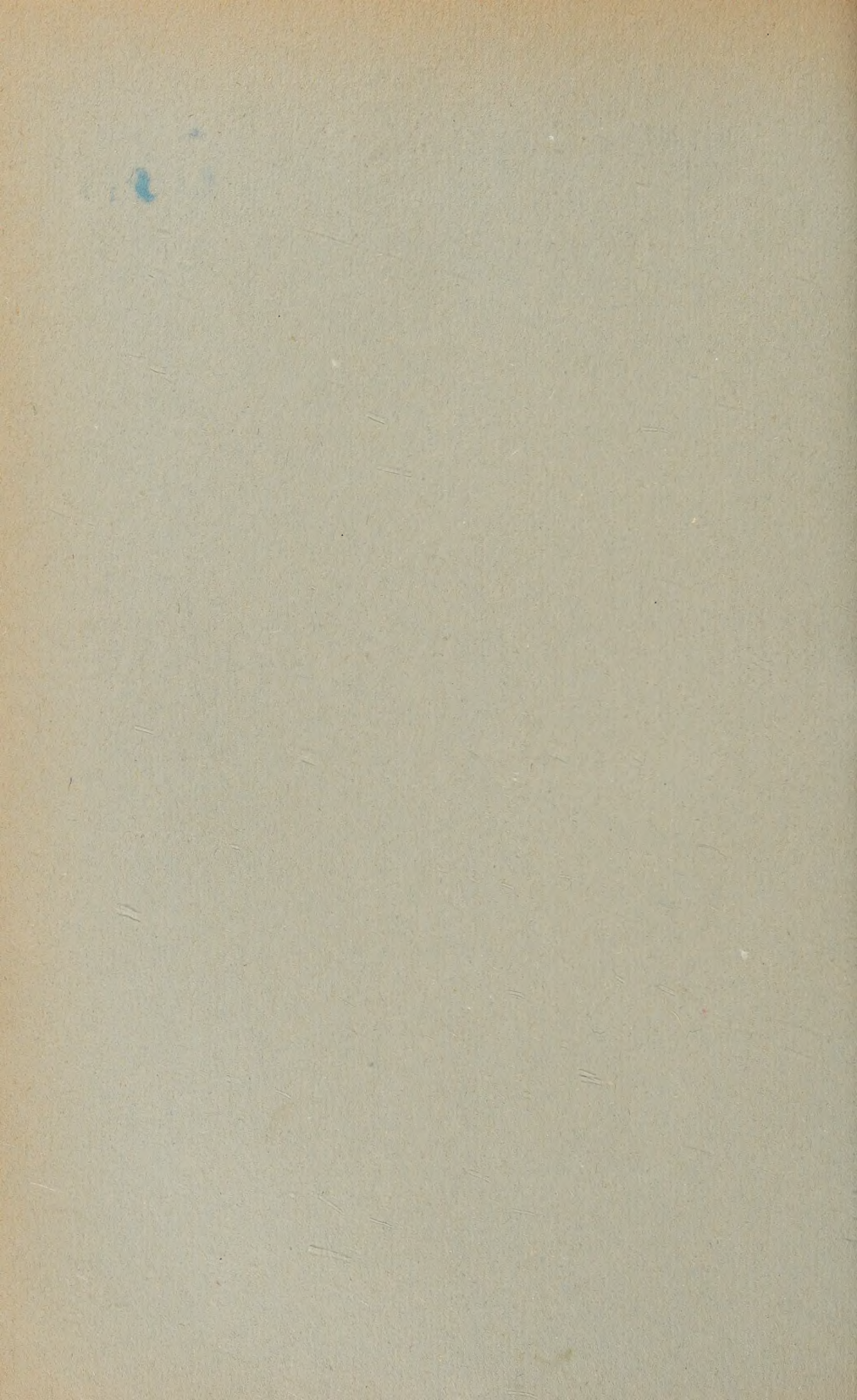
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ionel-Ianco ROSENTHAL

Né le 29 septembre 1906, à Bucarest (Roumanie)

LA

RÉTRACTION UTÉRINE
PENDANT LE TRAVAIL

Président : M. J. C. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ESCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-Rhinc-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. JEANNIN

Professeur de Clinique d'accouchements

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, et avant d'aborder ce modeste travail qui constitue leur couronnement, nous considérons comme un devoir agréable d'apporter ici l'hommage de notre reconnaissance et l'assurance de notre profond respect à nos parents, qui n'ont cessé au cours de nos études de nous donner l'exemple du sacrifice, d'une sollicitude constante et d'une affection sans bornes ; de même à nos maîtres, qui sans ménager ni leur savoir, ni leur temps, ont contribué pour une large part à faire de nous ce que nous sommes et nous ont appris à aimer ce métier de dévouement que nous avons choisi.

Nous sommes redevable de beaucoup aux docteurs Mlle Versini et M. Esquirol, qui par leurs conseils nous ont apporté une aide précieuse dans la recherche des bases cliniques de notre travail.

Qu'ils daignent accepter nos très vifs remerciements.

M. le Professeur J.-C. Jeannin, nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA RÉTRACTION UTÉRINE PENDANT LE TRAVAIL

INTRODUCTION

La bonne contraction utérine est indispensable à l'accomplissement de l'accouchement. Malheureusement les troubles de la contractilité se réservent une large place dans les dystocies utérines du travail.

Parmi ces anomalies cinésiques « *la rétraction de l'utérus* » apparaît comme une cause de dystocie souvent méconnue ou confondue avec d'autres troubles de la contraction utérine.

Elle mérite qu'on attire l'attention sur son existence, sa nature, pour pouvoir parer au moment opportun à ses graves conséquences.

C'est le but de notre modeste travail, lequel a trouvé dans les nombreuses études sur cette entité pathologique, notées dans la bibliographie terminale, une source pleine d'informations.

Nous limiterons le sujet à l'étude de la rétraction utérine pendant le travail, éliminant ainsi : les rétractions de la grossesse (hématome rétroplacentaire), de la délivrance (enchâtonnements) et celles des suites de couches.

définitif, mais extrêmement faible, qui est la rétraction. La rétraction utérine, d'après eux, ne serait autre chose que la totalisation des raccourcissements infinitésimaux et définitifs qui accompagnent chaque contraction utérine.

Cette hypothèse simpliste, qui a quand même le mérite de concorder avec les faits cliniques qui montrent que la rétraction utérine augmente à mesure que le travail se prolonge, ne peut pas résister pourtant à une analyse critique.

La rétraction utérine veut dire que l'utérus — car c'est essentiellement lui qui se rétracte — revient sur lui-même d'une façon aussi définitive que possible.

Elle est donc durable, permanente.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La fibre utérine a deux propriétés principales : l'élasticité et la contractilité.

La première se représente par deux caractères antagonistes, l'extensibilité et la rétractilité. Elle est une propriété mécanique du tissu utérin et par là elle s'oppose à la contractilité et à la tonicité qui sont essentiellement des propriétés vitales.

La contractilité s'exerce par intermittence, tandis que la tonicité s'opère d'une façon permanente, durable ; les deux, tonicité et contractilité, ne sont pas du même ordre biologique. Il n'y a rien de commun entre ces deux phénomènes, contraction et contracture.

En effet, l'utérus est fait pour se contracter.

La contraction est un phénomène actif, momentané, coupé par des périodes de repos : dans les intervalles de contractions le muscle utérin reste dans un certain état de tension, associé au maintien de sa fonction ; ce tonus, écrivait Vigne, assure la régularité et la mesure dans le mouvement.

La contracture est un phénomène passif. Ce n'est plus un travail de muscle, mais une chose que subit le muscle qui revient sur lui-même le plus souvent

pour des causes pathologiques se contractant par exemple au-dessous d'un foyer d'inflammation, d'irritation.

Ainsi donc la contracture n'est pas une contraction musculaire utérine exagérée, anormalement prolongée, comme certains auteurs ont cru, mais un phénomène tout différent, passif, pathologique.

Le comportement du corps et du col est très intéressant à envisager à ce sujet : physiologiquement — pendant que le corps utérin fournit le travail, le segment inférieur se laisse distendre, amincir, étirer ; pathologiquement — au lieu d'avoir des contractions intermittentes, le muscle va être sans cesse dur comme du bois. Il tiraille tout le temps le segment inférieur qui va s'amincir, le col va s'effacer et se dilater s'il ne se contracture pas lui-même.

Ainsi donc dans l'utérus il y aura deux parties bien tranchantes : le corps épais et au-dessous, un mince boyau ressemblant à un bout de gros intestin sectionné, le canal cervical-segmentaire, d'autant plus mince que le corps a été plus épais (1 cm. à 2 cm. pour le corps, quelques millimètres pour le canal cervico-segmentaire). Ces deux parties se limitent par un rebord, un bourrelet appelé « anneau » par Bandl, « fin brusque de la zone épaisse » par Fieux, « anneau de contraction » par Schroeder, « second orifice interne » par Scanzoni.

Autrefois, on croyait que cet anneau de Bandl existait à l'état isolé, de plus sa constance a pu faire

croire que la rétraction utérine pouvait se localiser uniquement à ce niveau.

En réalité, c'est bien là qu'elle est le plus immédiatement sensible, mais nous savons maintenant, et la main dans l'utérus nous prouve, qu'en règle générale la totalité du muscle utérin, tout le corps est contracturé et non pas seulement l'extrémité inférieure.

Cette contracture ne peut exister que chez le vivant, car elle est un acte vital et son expression fonctionnelle s'efface après la mort ; c'est pourquoi on n'a pas vu l'anneau de Bandl chez le cadavre ; par contre chez la vivante, au cours d'une hystérotomie césarienne, on peut prendre sur le fait l'expression de cette anomalie cinésique, qu'est la contracture.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La rétraction utérine, pour se constituer, nécessite certaines conditions particulières, dont la première, à peu près constante, est l'ouverture de l'œuf et l'évacuation complète du liquide amniotique. C'est là un élément capital. Qu'une contracture puisse exister avec un œuf intact c'est certain, mais généralement il n'y a pas de rétraction utérine sans l'ouverture de l'œuf.

A la base de l'étiologie il y a donc la rupture des membranes. Tant que l'œuf est plein, que les membranes sont intactes, la surface extérieure de l'œuf, régulière et unie, exerce sur le contenant une pression qui se répartit généralement, uniformément. Dans ces conditions, l'utérus est presque dans l'impossibilité de revenir sur lui-même. Par contre, quand l'œuf ouvert se vide en partie de son liquide amniotique, le sac maternel se rétracte sur lui-même en épousant les nouveaux contours de son contenu qui sont irréguliers en raison de la forme de l'enfant.

Ajoutons l'élément infectieux qui s'installe dès qu'il y a rupture des membranes et nous allons comprendre pourquoi la contracture, qui apparaît

auprès d'un foyer enflammé, fait son apparition.

Ainsi l'utérus s'insinue dans les creux du corps fœtal, pendant que les saillies du contenu maintiennent l'extension des régions utérines correspondantes.

Les fibres circulaires se rétractent alors plus dans certains endroits que dans d'autres. Les fibres, de plus courte circonférence — autour des creux du corps fœtal — vont se contracter suivant un type différent des autres, et vont rompre la synergie qui devrait exister si le calibre était régulier.

La contracture ne siègera pas au niveau des zones distendues, mais dans les zones adjacentes déjà rétractées.

J.-L. Baudelocque, dès 1781 dans son remarquable traité d'accouchement, donnait une description exacte et nette de ce fait, nous citons : « Avant l'écoulement des eaux de l'amnios, la cavité de l'utérus a une sorte de régularité, qu'elle perd en général, d'autant plus que l'enfant y séjourne plus de temps après l'évacuation complète de ce fluide. Alors elle se resserre davantage à l'endroit du cou de cet enfant, que sur la tête et le tronc qui offrent plus de volume ; elle prend la forme d'une grosse courge ou calibasse à deux ventres, comme on observe toutes les fois qu'on est obligé de retourner l'enfant longtemps après l'évacuation des eaux, surtout lorsqu'il présente la tête. Le cercle utérin, appliqué au cou de l'enfant, d'après les lois générales de la contraction de la matrice sur elle-même,

doit se rétrécir beaucoup plus vite, l'accouchement étant terminé, que ne le font proportionnellement les autres cercles dont se compose toute la cavité, parce qu'il est déjà plus étroit et parce que sa dilatation, forcée à l'instant de la sortie de l'enfant, n'a été que momentanée, et que, d'ailleurs, il a plus de tendance à se resserrer que n'en ont les autres cercles ».

En résumé, et cliniquement, on peut énoncer : membranes intactes — pas de contracture, membranes rompues — contracture possible.

A côté de ces notions — membranes rompues, élément infectieux surajouté — il y a d'autres circonstances qui peuvent troubler la fonction motrice de l'utérus. Elles tiennent à des résistances maternelles ou fœtales, soit à des qualités intrinsèques de l'appareil circulatoire et du système nerveux du muscle utérin.

Nous allons les énumérer et commenter ci-dessous :

1^o *Causes d'origine fœtale* : hydrocéphalie, hydramnios, oligoamnios, présentation vicieuse, épaule ou front, ou présentation pouvant donner lieu à une dystocie : siège, face.

2^o *Causes d'origine maternelle* : rétrécissements du bassin, fibromes ou kystes praevia.

3^o *Excitations utérines* : manuelles, instrumentales ou médicamenteuses.

HYDROCÉPHALIES, HYDRAMNIOS. — Dans ces conditions la motricité utérine est troublée. La distension que subit les parois de l'utérus fait fonction de facteur d'irritation capable de provoquer la contraction. L'hypertonie générale s'accompagne d'hyposystolie. Par conséquent, dans le cas de l'hydramnios, on pourrait restaurer la puissance contractile en ouvrant artificiellement les membranes et en faisant couler — mais pas trop rapidement — le liquide.

L'OLIGOAMNIOS par pauvreté quantitative initiale ou secondaire à l'écoulement rapide, peut, en effet, déclencher la rétraction utérine, suivant un mécanisme dont nous avons parlé précédemment.

LE DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. peut également créer une rétraction s'il se forme un hématome rétroplacentaire qui va irriter l'utérus. De même, l'adhérence du pôle inférieur de l'œuf au S. I. peut déterminer une contraction du fait de l'irritation.

PRÉSENTATIONS VICIEUSES. — Plus une présentation est vicieuse plus il y aura de chances pour que la contraction apparaisse. Ainsi les sièges inclinés, l'épaule (obs. V), le front (obs. IV), la face (obs. III).

RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN. — Ils constituent une des causes de troubles de la motricité utérine, parce que l'utérus aura à lutter contre un barrage bas situé ; en effet, en dehors de l'obstacle osseux qui les caractérise, ils engendrent indirectement

des troubles de l'ordre de la contracture. Combien de fois, remarquait Demelin, l'angustie très peu serrée, laisserait aisément passer la tête fœtale si la force expulsive ne perdait une grande partie de son rendement. Il écrivait notamment « le détroit inférieur ne rétrécit que d'un centimètre son diamètre antéro-postérieur, et pourtant la tête reste élevée au détroit supérieur ; il y a eu rupture prématurée des membranes ; la dilatation se fait lente et irrégulière, le cordon glisse seul, ou précédé d'un membre procident : tous détails qui prouvent l'hypertonie des segments supérieur et moyen, avec hypotonie du segment inférieur ». En vérité, le segment inférieur s'amplifie énormément après les contractions fortes et répétées et finit par contenir tout le liquide amniotique ; l'absence de ce liquide dans le corps utérin produit l'application directe de celui-ci sur le fœtus, c'est-à-dire la rétraction (obs. I et II).

FIBROMES PRÆVIA. — De même, car ils arrivent à dévier le sac maternel en lui imposant une obliquité nuisible. L'inclinaison anormale de l'organe modifie la direction de ses efforts. La fœtus, lui aussi modifie son attitude sous la même influence. Tout cela ne va pas sans gêner la circulation. De là les œdèmes, des hémorragies interstitielles, des rigidités du col et du segment inférieur. Ces foyers d'inflammation créent à des degrés divers de la contracture.

EXCITATIONS MANUELLES DE L'UTÉRUS. — Trop

de touchers-essai de dilatation, de version, siège qu'on a voulu extraire sont autant d'irritations de l'utérus qui se contracturera au-dessous du foyer irrité.

EXCITATIONS INSTRUMENTALES. — Par exemple pose de forceps avant la dilatation complète, car les autres excitations instrumentales figurées dans les traités ne sont plus employées aujourd'hui, depuis qu'on connaît l'action nocive de l'application d'excitateurs ou de dilatateurs (Budin, Demelin, Chéron, Veit).

EXCITATIONS MÉDICAMENTEUSES DE L'UTÉRUS (obs. VIII, IX, X, XI). — Les ocytociques ont une large place dans l'étiologie de la rétraction utérine, parce que très souvent ils ont été employés empiriquement sans avoir préalablement demandé à l'examen des renseignements sur les caractères de la contraction utérine, du tonus utérin. Les méfaits que cet emploi désordonné a créés sont néanmoins contrebalancés par le fait que, depuis, le praticien joint à ses soucis traditionnels l'impérieuse nécessité de connaître avant l'administration de l'ocytocique toute la valeur de la contraction utérine.

Demelin écrivait que « l'accouchement, quelque modifié qu'il semble par la civilisation, ne cesse pas d'être une fonction naturelle ». Cette élémentaire vérité pour tous ceux qui se sont un peu initiés dans l'art de l'accouchement dans lequel le « savoir attendre » est la clé de réussite justement parce que l'accou-

chement est un act physiologique, n'a pas empêché ceux ou celles qui ont assisté la femme en travail de penser et d'essayer de raccourcir la durée de l'accouchement

Deux substances surtout retiendront notre attention : le seigle ergoté et l'extrait hypophysaire.

L'ergot de seigle crée une contracture extrême, d'où la règle de ne jamais donner d'ergot tant qu'il y a quelque chose dans l'utérus. L'hypophyse n'a pas du tout la même action, si elle est bien dosée elle donne des contractions, les fait naître, les rapproche, les renforce, mais ne tétanise pas l'utérus. Les accidents qu'elle donne sont dus à l'hypercontraction, à la tempête de contractions, les quelles, à la longue, peuvent déclancher la contracture.

Nous complétons ici l'article concernant la prophylaxie de la rétraction utérine, et qu'on trouvera plus loin, en précisant rapidement quelques éléments primordiaux.

Tout d'abord, répétons-le, il faut avant d'employer tel ou tel ocytocique s'assurer de l'état de la tonicité du muscle utérin. Vignes a eu le mérite d'étudier très à fond la tonicité utérine et le rôle primordial du tonus utérin dans la régularisation du travail d'accouchement.

Pratiquement en présence d'un accouchement qui traîne en longueur, on cherchera toujours, surtout chez les primipares, les signes de contracture, c'est-à-dire : la persistance des douleurs de reins dans

l'intervalle de contractions, la dureté de l'utérus, sa sensibilité, etc.

En présence d'un cas d'hypertonie, quand le travail n'avance pas, la contracture étant partielle en anneau ou généralisée, savoir que les ocytociques sont absolument contre indiqués et que seul le forceps sera employé pour hâter la terminaison à la dilatation complète.

Au contraire, en cas d'hypotonie, quand le travail est lent, les contractions espacées, l'utérus mou, les douleurs peu vives, l'extrait hypophysaire trouve sa véritable indication qui est d'exciter directement la fibre utérine ; mais il faut savoir que ces cas d'hypotonie sont relativement rares et que trop souvent on qualifie d'inertie un état de véritable contracture, au cours duquel l'hypophyse peut amener des désastres soit du côté du fœtus — mort —, soit du côté maternel, rupture utérine.

UNE IRRITABILITÉ PARTICULIÈRE de l'utérus peut quelquefois expliquer l'apparition d'une rétraction que rien autre chose ne laissait prévoir. L'automatisme du muscle utérin est contrôlé par le sympathique : en essayant de reconnaître si ce système est trop actif ou insuffisant, on trouvera les moyens de le calmer.

LA PRIMIPARITÉ DES FEMMES AGÉES est justiciable d'une plus grande fréquence de la rétraction. Dans les 15 observations que nous apportons, 10 concernent des primipares âgées de 28 à 35 ans,

une de 41 ans. Chez la primipare, en effet, l'inertie serait exceptionnelle ; il s'agirait presque toujours d'hypertonie, de contracture : exagération du tonus utérin avec contractilité insuffisante, la contraction utérine n'arrivant pas à dépasser d'une quantité suffisante le tonus.

Par contre chez la multipare, le muscle plus strié est beaucoup moins tonique et plus contractile.

Quand le travail ne progresse pas chez la primipare, c'est à cause de l'hypertonie et l'inertie n'est qu'apparente ; chez la multipare, au contraire, l'arrêt ou la non progression du travail est beaucoup plus souvent due à l'inertie vraie, fatigue du muscle utérin, inhibant à la fois sa tonicité et sa contractilité.

* * *

La rétraction une fois installée, et si elle ne disparaît pas rapidement, peut aboutir à des modifications intimes de la fibre musculaire.

Les vaisseaux qui sillonnent la région distendue se trouvent aplatis, comprimés outre mesure. La tension exagérée du sang au sein de ces vaisseaux est — comme l'a magistralement montré Ranvier — une cause de départ de la sérosité et des leucocytes, qui vont ainsi créer l'œdème interstitiel. Si la compression se prolonge, des ruptures vasculaires intrapariétales se produisent ; conséquence de la tension, la diapédèse des leucocytes continue et augmente : on constate une infiltration des globules blancs dans les mailles du tissu conjonctif.

Les substances qu'ils sécrètent aident la substance protéique du muscle de se transformer de myosinogène en myosine qui se rétracte en se solidifiant.

Toutes ces lésions, en se superposant, contribuent donc à diminuer la résistance du muscle, ce qui explique pourquoi le grand danger d'une rétraction utérine est sa rupture.

CLINIQUE

A. Symptomatologie. — Dans tous les cas de contracture utérine, et plus spécialement dans celui déclanché par une présentation de l'épaule, le travail revêt, grâce à ses **SIGNES FONCTIONNELS** une allure particulière : il est irrégulier, énervant, quelquefois même angoissant, la femme se plaint d'avoir mal dans les reins, ce qui veut dire présentation élevée. Ses douleurs ne sont plus nettes, la femme souffre tout le temps un peu. Elle sent que ses douleurs ne portent pas : en vérité elle n'a plus un utérus qui travaille, mais un utérus qui se rétracte. Les caractères de la douleur sont remarquables et pathognomoniques. La douleur est permanente, continue donc dans l'intervalle des contractions. Elle est d'intensité variable, souvent atténuée dans les périodes intercallaires. Elle siège avec prédilection à la région lombaire mais quelquefois elle se place derrière la symphyse pubienne.

LES SIGNES PHYSIQUES nous apportent également des renseignements très utiles. Ainsi l'*inspection* nous fait constater que l'utérus est plus long que d'habitude, quelquefois assez oblique, souvent présentant, deux bosses une inférieure et une autre

supérieure. En un mot il est changé de forme. En fait il est en brioche ; la partie inférieure est le segment inférieur, la partie supérieure est le corps, entre les deux une dépression, l'anneau de contraction. Cette forme rappelle le 8 de chiffre, l'utérus en sablier.

La palpation montre un utérus dur comme une pierre tout le temps. Par moment il peut être un peu plus dur mais il n'est jamais souple : c'est un utérus rétracté. Cette dureté permanente de la paroi utérine a une valeur capitale. La rigidité est donc aussi continuée dans l'intervalle des contractions ; vue l'importance qu'on attache à ce symptôme il est recommandable d'explorer cette dureté aussi largement que possible et de ne pas attribuer à la résistance pariétale ce qui appartient au contenu, prendre, par exemple, pour une paroi contracturée la surface tendue du dos fœtal. On retrouve souvent cette même rigidité au niveau des ligaments ronds qui sont tendus d'une façon permanente. Souvent les deux ligaments sont intéressés, quelquefois il n'y a qu'un qui est pris.

L'auscultation se révèle négative, le fœtus étant souvent mort. Quelquefois l'assourdissement des bruits du cœur fœtal précède et renseigne sur la souffrance fœtale, laquelle est précoce.

L'écoulement du méconium et son mélange avec le liquide amniotique en font preuve dès le début d'une contracture.

Le toucher nous renseigne amplement sur l'état

de l'excavation, le plus souvent vide. L'état du col est variable ; très souvent lui-même en état de contracture permanente, tendu à se déchirer ou bien œdémateux. Les membranes sont rompues et, comme nous l'avons dit, le liquide qui s'écoule est largement teinté de méconium. Si le fœtus est tout entier au-dessus de l'anneau de Bandl, le doigt arrive sur un orifice haut situé, de diamètre variable, à bords épais, au-dessus duquel on perçoit à bout de doigt la présentation. On différenciera l'anneau de Bandl rétracté par sa situation profonde et sa distance de l'orifice externe du col qui dépasse 8 à 10 centimètres. On ne le confondra pas avec l'orifice interne du col non effacé, qui est moins épais et distant de l'orifice externe d'environ 4 centimètres (Brindeau).

Enfin **LES SIGNES GÉNÉRAUX** complètent le tableau, nous montrant une femme plus ou moins fatiguée, légèrement fibrilitante, énervée, angoissée. Elle pressent le danger et, les lèvres sèches, cherche à diminuer son inquiétude en appelant, en implorant le médecin et ses assistants.

* * *

B. Evolution et pronostic. — La rétraction utérine s'établit progressivement. On envisage deux hypothèses si la femme est abandonnée à elle-même. 1^o la contracture reste momentanée ; dans cette condition la rétraction utérine reste compatible avec

un accouchement spontané, car la contracture cède brusquement. C'est un cas rare et trompeur ; 2^o la contracture n'a aucune tendance à rétrocéder spontanément, même plus, elle augmente à mesure que le travail se prolonge, elle ne cède pas aux médicaments paralysants de la fibre utérine, ni à l'anesthésie chirurgicale profonde. Elle persiste alors que les contractions utérines semblent suspendues. Le segment inférieur s'allonge, s'amincit, se fissure. Les ligaments ronds de même, on note l'ascension de l'anneau de Bandl vers l'ombilic à mesure que le segment inférieur devient plus mince et plus large.

La marche de l'accouchement se trouve profondément troublée, le travail se prolonge outre mesure, l'enfant souffre et souvent sa mort signe la compression que le placenta ou le cordon subissait du fait de la rétraction.

L'évolution spontanée, inéluctable, c'est la rupture utérine, d'autant plus que les fibres musculaires ont été rendues fragiles et cassantes par une série de lésions intimes dont nous avons simplement parlé dans le chapitre précédent.

Le pronostic maternel est très grave et d'autant plus grave qu'on peut moins agir si on ne savait pas intervenir quand et comme il faut. Il est le même que pour la rupture utérine : intervenir c'est faire une hystérectomie si désastreuse chez la femme jeune. La gravité est donc, pour la mère, en fonction de la durée du travail, du surmenage obstétrical et de l'infection amniotique.

Le pronostic fœtal est infiniment plus sombre. La mortalité est due à l'asphyxie car la rétraction s'oppose au bon fonctionnement de l'hématose ; cette mortalité est d'autant plus importante qu'il s'est écoulé plus de temps depuis la rupture des membranes. Chéron indiquait une mortalité de 20 % si la rupture s'est faite peu avant l'intervention, de 46 % après huit heures et enfin de 71 % au delà de dix heures. En outre, au-delà de huit heures, le forceps a été impossible dans un tiers de cas, et, après dix heures, dans la moitié.

* * *

C. Formes cliniques. — Nous distinguons deux variétés cliniques de la rétraction utérine *suivant l'évolution* : une forme transitoire et une autre définitive.

FORMES TRANSITOIRES : c'est une rétraction simple, modérée, passagère, sans troubles circulatoires ou nerveux, sans excessif amincissement de voisinage. Le travail avance normalement et après que la poche des eaux rompue a permis au liquide amniotique de s'écouler en totalité il s'accélère. Cette forme cède soit spontanément, soit sous l'action des médicaments calmants ou paralysants de la fibre utérine.

Elle est souvent méconnue quoique elle se caractérise par une augmentation anormale de la durée du travail, des contractions irrégulières ou exagées.

rées ; par une membrane rompue prématurément, précocement depuis un certain temps.

Mais cette forme du début d'une rétraction peut devenir, si elle n'est pas traitée au moment opportun, une contracture définitive. On comprend donc le grand intérêt de ne pas méconnaître ces formes légères.

FORMES DÉFINITIVES : dans ces formes la rétraction n'a aucune tendance à rétrocéder spontanément, elle augmente d'intensité à mesure que le travail se prolonge ; la morphine, la spasmalgine, le chloral n'ont aucune action. L'accouchement sérieusement troublé ne peut se terminer normalement. La rétraction résiste aux agents de dilatation passifs ; (rachianesthésie) elle ne cède qu'incomplètement aux agents de dilatation actifs (Hegar, ballon). La résistance se trouve parfois aggravée par l'apparition d'un œdème interstitiel lié à des troubles circulatoires locaux (Demelin).

Dans ces formes, la rétraction, véritablement dystocique, peut avoir des degrés variables surtout avec la durée du travail.

Ainsi nous distinguons des « cas moyens » dans lesquels le fœtus est entièrement mobilisé dans la gaine musculaire qui l'enserme, mais on arrive encore à extraire le fœtus par des applications de forceps, grâce à des tractions multiples et assez énergiques.

Dans les « cas extrêmes » la dystocie est absolue et ni le forceps, ni le basiotrile ne peuvent venir en aide à l'extraction du fœtus lequel ne peut être enlevé que par des interventions hautes.

Enfin nous allons distinguer un autre groupe de formes cliniques de la rétraction *suivant l'influence des présentations*.

Les divers présentations exercent en effet leur influence respective sur le mode d'apparition, le nombre, la direction des cercles rétractiles qui caractérisent la rétraction, car il ne s'agit pas d'un seul anneau, toujours le même, ainsi qu'avaient pensé quelques auteurs qui la placèrent au niveau de l'anneau de Bandl : la totalité du muscle utérin peut être atteint par la contracture.

Demelin remarquait qu'en règle générale, ces replis, ces anneaux, semblent se former au-dessous des parties saillantes du fœtus en position anormale, de préférence autour d'une région fœtale étroite, tel que le cou, ou dépressible, tel que l'abdomen ; les observations XII et XIII en donnent un exemple.

Dans la **PRÉSENTATION DU FRONT**, quand elle est fixée au niveau ou au-dessus du détroit supérieur c'est au segment inférieur qu'appartient l'anneau rétracté autour du cou fœtal et surmontant celui de l'orifice interne : cette situation en empêchant l'ascension du menton vers la région sternale gêne la flexion.

Dans la **PRÉSENTATION DU SIÈGE**, mode décomplété des fesses, le cercle utérin se forme à la hauteur des creux poplités : cette situation maintient la partie fœtale élevée, car le cercle siège au segment inférieur.

Dans la **PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE**, le cercle utérin est placé différemment suivant que la présentation est basse ou très élevée, Demelin, dès 1890, distingue nettement deux variétés de rétraction en cas de présentation transversale.

Dans une première variété le fœtus tout entier est contenu dans le corps utérin, présentation sous-bandlienne de Bonnaire, le cercle de rétraction siège au-dessous du fœtus entier. Dans ce cas le danger est moindre car le segment inférieur est moins menacé.

Dans une seconde variété, le fœtus est en partie dans le segment inférieur : présentation sous-annulaire, sous-bandlienne. La saillie de rétraction s'insinue, dans la dépression angulaire ouverte en haut que forme la tête du fœtus inclinée sur l'épaule supérieure. Ici le danger est au maximum pour le segment inférieur, mais c'est un cas plus facilement opérable que le précédent, quoique très dangereux.

* * *

D. Diagnostic. — Dans les formes légères, la rétraction utérine est souvent méconnue. On peut toutefois en faire le diagnostic en tenant compte de la prolongation anormale du travail, du caractère des contractions d'ordinaire irrégulières ou exagérées, de la rupture des membranes faite prématurément, précocement ou depuis de longues heures.

Dans les autres cas le diagnostic du fait lui-même

est très facile; c'est un diagnostic de palper : la dureté permanente de la paroi utérine. Le diagnostic causal est par contre souvent difficile; il nécessite un examen complet, c'est un diagnostic de toucher, assez difficile à savoir.

Mais c'est souvent au cours d'une intervention et par les difficultés rencontrées que le diagnostic est posé. Lors de l'extraction au forceps, c'est une résistance insolite, parfois insurmontable, que n'expliquent ni le volume fœtal, ni l'étroitesse du bassin ou des parties molles. La basiotripsie peut donner lieu aux mêmes difficultés; dans les extractions du siège et plus encore dans la version podalique interne, le diagnostic est fait rapidement au moment de l'introduction de la main.

Enfin, parfois la rétraction est reconnue rétrospectivement par la constatation d'un sillon de constriction sur le cou de l'enfant. Dans une de nos observations (obs. XV) la contracture spasmodique de l'anneau de Bandl a été tellement forte qu'elle a littéralement écrasé la tête d'un enfant mort et légèrement macéré.

* * *

E. Traitement. — La rétraction utérine crée comme nous l'avons montré une dystocie redoutable à la fois pour la mère et pour le fœtus. Elle est souvent pleine de difficultés pour l'accoucheur.

Bournet, dans ses notes d'obstétrique d'urgence

spécifie les règles qui doivent nous guider dans le traitement de cette complication.

Quatre éléments fixent **LA PROPHYLAXIE** :

- 1^o Supprimer à temps toute dystocie fœtale ou maternelle ;
- 2^o Respecter soigneusement l'intégrité de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète, à moins d'être en présence d'une hypertonie de l'hydramnios ;
- 3^o Ne pas chercher, sans indication précise, à exciter la contraction utérine par des moyens soit médicamenteux, soit mécaniques ;
- 4^o Chaque fois que le travail semble épuisant avec des douleurs rapprochées et fatigantes, faire une ou plusieurs injections de spasmalgine (papaverine, xantopon, atrinal) qui détendent l'utérus, reposent la parturiente et réalisent ainsi le vrai traitement prophylactique de la rétraction.

Deux principes doivent guider **LE TRAITEMENT CURATIF** :

- 1^o Chercher, reconnaître et traiter la cause de la rétraction qui peut être une dystocie soit d'origine fœtale : hydrocéphalie, présentation de l'épaule ou du front, tumeurs fœtales, procidences, soit d'origine maternelle :

rétrécissement du bassin, fibromes ou kystes prævia.

- 2^o Vis-à-vis d'un utérus surexcité, mieux vaut patience et douceur que force et vigueur : bien se persuader que vouloir vaincre à tout prix la résistance des fibres utérines ne peut aboutir qu'à exaspérer et augmenter la rétraction qui ne cédera qu'au prix d'une rupture.

En présence d'une cause de dystocie. — Il ne saurait être question de temporiser car la rupture utérine est menaçante, ni s'attarder longtemps de calmer l'irritabilité utérine. Il faut à tout prix supprimer l'obstacle qui s'oppose à la progression de l'enfant vivant ou déjà mort. Une anesthésie générale profonde dans ces conditions facilite les interventions plus ou moins compliquées dirigées contre la dystocie, en atténuant la rigidité musculaire ; on ne peut espérer la faire disparaître mais en faisant cesser les contractions souvent anormales qui l'accompagnent au moyen des calmants tels que la morphine et la spasmalgine, on exerce une action bienfaisante sur l'exaspération utérine.

S'il n'y a pas de cause de dystocie. — Notre conduite doit être toute différente, temporiser — mais pas longtemps — pour calmer l'utérus on emploie la spasmalgine ou les autres sédatifs habituels, chloral, morphine et au besoin l'anesthésie générale au chloroforme.

A titre de documentation nous mentionnons ici le

traitement de Rucker à l'aide de l'adrénaline : injections de cinq gouttes d'adrénaline au millième.

D'après cet auteur, l'opinion généralement acceptée que l'adrénaline produit une augmentation des contractions utérines n'est pas juste en ce qui concerne l'utérus humain, ainsi qu'on peut se rendre compte par l'hystéroggraphie. En général, une injection d'adrénaline provoque la cessation des contractions utérines et le relâchement des cercles. Ces observations ont conduit l'auteur à faire usage de l'adrénaline chez les femmes présentant un anneau de contraction empêchant tout accouchement. Dans deux cas rapportés les résultats ont été des plus heureux et immédiats. Il est probable que l'anneau de contraction produit une sensibilité anormale du système parasympathique : dans ce cas l'emploi de l'adrénaline est justifié tant au point de vue physiologique que pharmacodynamique.

Pour certains auteurs (Commandeur), l'expectation ne peut pas être de mise dans les cas de rétraction utérine car on est alors en présence d'un état permanent et définitif de la fibre musculaire utérine lequel ne peut que s'exagérer par la prolongation du travail.

D'autre part les circonstances inhérentes, menaces de souffrance de l'enfant, surmenage maternel, craintes d'infection ou de putréfaction fœtale, nous incite à passer le plus tôt à une thérapeutique active visant à extraire le fœtus malgré ce qui persiste de dystocie utérine.

Si l'enfant est mort, l'extraction se fera par opération mutilante : Basiotripsie sur tête première, craniotomie basale sur tête dernière, cléidotomie sur les épaules, tractions au cranioclaste sur le siège ou à défaut tractions aux crochets sur les aines, embryotomie dans les présentations de l'épaule.

Si l'enfant est encore vivant, au moment où l'on est forcé d'intervenir et toutes les conditions chirurgicales supposées satisfaisantes, une césarienne est le meilleur moyen d'extraire le fœtus, mais il faut savoir qu'étant donnés les risques d'infection elle doit souvent être complétée par une opération assez grave pour la mère, entraînant, soit l'hystérectomie, soit l'extériorisation utérine momentanée suivant la technique de Portes.

Pour ces raisons, Bourret préconise, lorsque l'extraction obstétricale par les voies naturelles paraîtra possible sans danger de rupture utérine (car c'est ce danger qui doit surtout préoccuper l'accoucheur), l'usage de cette intervention.

Les tractions soit sur le forceps, soit sur un pied, soit sur les aines suivant la présentation devront être essentiellement intermittentes et discontinues. Les tractions violentes exercées sur le fœtus pour son extraction ne sont pas sans inconvénients pour l'utérus, et Commandeur estime que, le fœtus étant mort, on doit largement user des procédés de réduction du volume du fœtus. Dans quelques cas l'abdomen fœtal étant fortement retenu par l'anneau, l'éviscération du fœtus en facilite l'extraction.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cette observation rapporte l'histoire de Mme Y. S..., 30 ans, qui, arrivée au terme sa première grossesse, se trouve dans le service à la suite de circonstances alarmantes. Les dernières règles datent du 20 décembre. Urines normales. Evolution normale de la grossesse. Le 14 octobre à 2 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, écoulement d'une grande quantité de liquide. Peu après la femme dit avoir des douleurs d'abord espacées puis rapprochées, ensuite souffrir continuellement. Le 15 octobre vers 1 heure les bruits du cœur s'éloignent. Le médecin de la famille essaie sans résultat la pose des forceps au détroit supérieur ; transport de la femme à la Pitié.

L'examen d'entrée fait connaître une auscultation positive, contractions utérines très rapprochées, dilatation grande paume, on sent une énorme bosse séro-sanguine, promontoire accessible, tête en bas, dos à gauche.

A 4 h. 1/2 plus d'auscultation, contraction subintrante, on fait une piqûre de morphine.

A 9 h. 1/2, l'examen montre une dilatation complète, l'utérus contracturé, température 38°, l'utérus est en forme de sablier, et même entre les contractions l'utérus reste tendu. D'autre part on constate une ascension progressive de l'anneau de Bandl. Fatigue de la femme.

A 11 heures on décide l'intervention sous anesthésie au chloro-

forme ; on attribue la dystocie à la disproportion fœto-pelvienne ; crânioclasie suivie d'embryotomie pour dystocie.

Extraction d'un garçon pesant 3.950 gr. sans matière cérébrale.

Délivrance artificielle immédiate pesant 640 gr. Vérification du col sous contrôle de valves.

Suites de couches légèrement fébriles. Guérison.

OBSERVATION II

Le 8 janvier 1930 est amenée à la maternité de la Pitié, Mme L... M.-L., VI.-pare de 37 ans. Le matin de la veille elle avait commencé à souffrir, les membranes se sont rompues dans la soirée du même jour, le travail suivait son cours normalement. Le lendemain, à la grande surprise de la sage-femme qui la soignait les bruits du cœur fœtal s'assourdissent, la souffrance de la mère est quasi-permanente avec des moments où les douleurs sont paroxystiques « dans les reins ». La sage-femme appelle son médecin lequel après examen se contente d'administrer à la parturiente une injection sous-cutanée de morphine scopolaminée et la dirige ensuite vers l'hôpital où elle est immédiatement admise.

L'examen d'entrée, pratiqué à 13 heures, relève la persistance de la douleur dans l'intervalle des contractions, une rigidité de la paroi utérine ainsi qu'une autre tuméfaction distincte du globe utérin siégeant sous la paroi au niveau de la fosse iliaque gauche. Le toucher renseigne sur l'existence d'un gros bourrelet du col plus ou moins résistant ; la dilatation est de petite paume environ. Les bruits du cœur sont lents et très sourds. En examinant plus attentivement le col, aux valves, on décèle l'existence d'une déchirure siégeant sur le bord gauche du col et remontant assez haut ; une autre solution de continuité est

relevée sur le bord droit. Le promontoire est accessible. On sonde la femme à ce moment et on obtient une petite quantité d'urines sanglantes ; la tuméfaction précitée persiste ; on renouvelle le sondage vésical : même résultat. Présentation céphalique.

A 2 heures, on décide une application du forceps Tarnier, sous-anesthésie, sur le sommet en O. I. D. P. (dégag. en O. P.). L'anesthésie doit être bientôt arrêtée car dès les premières bouffées de chloroforme la femme pâlit, sa respiration est superficielle, son pouls petit et filant : extraction d'une fille en état de mort apparente, forme blanche, n'ayant eu de réflexes qu'après 30 minutes de soins. Poids de l'enfant 3.500 gr. Délivrance artificielle immédiate pesant 460 gr.

La révision du col montre l'existence, à côté de la rupture cervico-segmentaire, d'une déchirure vésicale. On fait 700 gr. de sérum intra-veineux et ensuite une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale qui montre : présence de sang épanché dans la cavité péritonéale ; un volumineux thrombus soulève le côlon sigmoïde et la partie inférieure du côlon descendant. Il existe une rupture antéro-latérale gauche du segment inférieur et une brèche vésicale transversale longue de 10 cm.

Hystérectomie rapide ; on enlève l'hématome sous-péritonéal qui remonte très haut dans la gaine hypogastrique et vers la fosse lombaire. Tamponnement avec deux mèches, suture de la brèche vésicale, suture de la face antérieure de la vessie à la lèvre antérieure du col utérin. Péritonisation, Mickulitz. Fermeture de l'abdomen (bronzes et crins). Transfusion avec deux donneurs, consécutivement, en tout 800 gr. Sonde vésicale, mèche vaginale. Adrénaline intra-veineux, huile camphrée. Extrait de surrénale, anthéma.

L'enfant est décédé 16 heures après l'accouchement.

La mère fait dans les jours suivants une occlusion intestinale, parée par l'intervention iliaque. Amélioration progressive. Guérison.

A noter que cette malade a eu six grossesses et autant d'accouchement à terme dont quatre naturels et deux avec application de forceps pour lenteur du travail.

Les observations I et II, nous donnent un exemple de rétraction utérine due à un obstacle prævia, en espèce bassin rétréci, le promontoire est accessible.

L'excitation, par l'intermédiaire de la présentation (tête) porte sur le segment inférieur ; cette excitation provoque la contraction de la zone située immédiatement au-dessus de l'épine irritative, ce qui se traduit par la contracture du corps de l'utérus, le segment inférieur est distendu, le col assez lâche.

Ainsi la loi de l'intestin de Bayliss et Starling pourrait bien se rapporter à la musculature utérine : une excitation portant sur une zone utérine provoque la contraction de la zone située immédiatement au-dessus et le relâchement de la zone située immédiatement au-dessous.

OBSERVATION III

Le 13 janvier 1930 à 3 heures, Mme V. F... I-pare, âgée de 23 ans entre en travail.

Dernières règles le 9 avril 1929.

L'examen d'entrée : tête en bas, présentation de la face. Le toucher fait sentir en haut le menton et au milieu de la présentation le nez avec les deux narines.

Le 14 janvier à 9 h. 30 : col en voie d'effacement, poche des eaux intacte ; le palper montre le dos à droite, auscultation positive.

A 18 h. 50 : rupture spontanée de la poche des eaux.

Le 15 janvier à 5 h. 10 : col effacé : dilatation 2 francs, à 9 h. 45 même dilatation : membranes rompues depuis 15 heures, le liquide qui s'écoule est normal.

La femme est en travail depuis 72 heures. Température 37°2 ; on signale que la femme a eu des contractions de bonne qualité, normalement espacées pendant la nuit dernière. Les bruits du cœur sont bons.

Etant donnée la hauteur de la présentation, le temps écoulé depuis la rupture des membranes, on décide d'intervenir par voie basse.

Rachianesthésie à la novocaïne (7 ctgr.) ; 20 minutes après dilatation manuelle du col extrêmement facile (l'effacement étant parfait) ; introduction de la main droite au fond de l'utérus ; saisie d'un pied que l'on abaisse avec beaucoup de difficultés à la vulve, pose d'un lac.

Dès l'introduction de la main dans l'utérus, on a constaté que le corps utérin se contractait d'une façon permanente, rendant extrêmement difficile toute évolution du fœtus, on continue la version avec beaucoup de difficulté. Avant la sortie de l'enfant on se rend compte qu'il existe une rupture cervico-segmentaire.

Extraction de l'enfant présentant des battements du cœur mais n'ayant pu être ranimé au bout de 20 minutes de soins.

La main introduite dans les voies génitales, pour pratiquer une délivrance artificielle aussitôt l'intervention, montre la propagation de la brèche cervico-segmentaire au cul-de-sac vaginal gauche, à travers cette brèche la main exploratrice perçoit une

anse intestinale. Sans même pratiquer la délivrance artificielle, la femme est immédiatement opérée d'hystérectomie ; on trouve à l'intervention du sang libre dans la cavité péritonéale. Poids de l'enfant 2.820 gr. Délivre 640 gr.

Amélioration progressive. L'état général et local aboutit à la guérison le 21 février.

Dans cette troisième observation du service on pourrait incriminer, comme agent causal de la rigidité utérine, et à côté de la présentation plus ou moins dystocique (face), le fait qu'on a pratiqué une rachianesthésie à la novocaïne.

La rachi, comme l'a bien montré Paul Delmas de Montpellier, est capable, chez une femme en travail, d'obtenir passivement en quelques minutes la dilatation complète du col et notre observation en fait preuve parce que 20 minutes après son administration le médecin introduit sa main droite au fond de l'utérus. Mais la rachi devait trouver ici une de ses contre-indications : on était en présence d'un utérus, qui ayant perdu les eaux depuis quelques heures, revenait sur lui-même par la mise en jeu de ce facteur propre à tout muscle creux dont le contenu se réduit, de revenir mécaniquement sur lui-même. La rétraction normale qu'effectuait tranquillement cet organe s'est vue brusquement augmentée, précipitée une fois que la rachianesthésie l'avait libérée de l'intervention spinale qui la modérait.

OBSERVATION IV

Une observation concernant une hystérectomie pour rupture utérine par dystocie d'un front.

La parturiente, Mme C.-M..., V^e gestation, III-pare, de 38 ans, est dans le service depuis quelques jours, et on a noté à côté d'antécédents physiologiques sans importance, son histoire obstétricale : première grossesse en 1919, accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.000 gr. Suites de couches naturelles ; décédée à 18 mois. Deuxième grossesse en 1920, avortement de 1 mois 1/2 environ. Suites de couches naturelles. Troisième grossesse en 1928, accouchement naturel à terme, fille vivante pesant 3.000 gr. Délivrance, les suites de couches normales. Quatrième grossesse en 1927, avortement de 1 mois 1/2 environ. Suites de couches naturelles. Cinquième gestation ; dernières règles le 7 septembre.

Le 28 juin 1930, cette femme est admise à la salle de travail, pour contractions utérines douloureuses et pertes sanguines.

L'examen d'entrée à 1 heure, montre un abdomen tendu, dur, ne permettant de sentir aucune partie fœtale. Cette rigidité est continue persistant dans l'intervalle des contractions. Le toucher montre que cette dureté est due à une tension continue des parois de l'utérus. On ne trouve aucune présentation. Température 37° 6. Tension artérielle 6-12. Auscultation négative. La femme est pâle, mais ne présente cependant pas le facies d'une hémorragie grave, on fait 5 cmc. de H. C. éthéré.

Le travail est essentiellement irrégulier, énervant, angoissant. La femme accouche « par les reins », les douleurs ne sont pas nettes, elle souffre tout le temps un petit peu ; mais la fatigue la gagne, les lèvres sont sèches.

A 5 heures, un nouvel examen montre que la contracture persiste, les ligaments ronds sont très durs, on constate égale-

ment l'ascension de l'anneau de Bandl vers l'ombilic. La femme est exangue.

A 5 h. 15 on décide l'intervention : hystérectomie pour rupture utérine causée par dystocie d'une présentation du front.

Extraction d'un enfant mort-né, 3.900 gr. Fermeture de la paroi, drainage par le vagin et Mickulitz. Guérison.

L'allure du travail est dans cette observation typique pour un état de contracture.

OBSERVATION V

Mme B. P..., III^e-geste II-pare est admise à la salle de travail le 16 février 1929 pour contractions utérines douloureuses.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier.

Première grossesse en 1920 ; avortement au terme de 4 mois ; à la suite de cet avortement on constate une déviation utérine.

Deuxième grossesse en 1922 ; accouchement à terme d'une fille vivante pesant 3.300 gr.

Date des dernières règles 15 mai.

La femme a été suivie depuis le 5^e mois de sa grossesse et avait une présentation longitudinale avec tête en bas.

La malade a commencé à perdre les eaux le 14 février, le 15 février à 18 heures dit avoir perdu brusquement chez elle, une grande quantité de liquide. Une sage-femme appelée à ce moment trouve le fœtus en transverse et la fait diriger sur la Pitié.

L'examen d'entrée pratiqué le 16 février à 14 heures se résume ainsi : fœtus en transverse, tête dans la fosse iliaque droite, dilatation 2 francs, auscultation positive.

Pendant la journée et la nuit du 16 février la malade continue à perdre les eaux et n'a pas de contraction.

Le 17 février à 11 heures, l'examen montre : orifice externe dilatable, pas d'effacement du col, pas de contractions utérines, membranes rompues depuis 3 jours. Température 37°2.

Etat presque stationnaire jusqu'au 19 février à 2 heures quand la femme a de très fortes contractions utérines, toutes les quatre minutes. L'utérus ne se relâche pas entre les contractions, on fait une injection sous-cutanée de morphine. Les bruits du cœur sont bons. Les pertes deviennent purulentes et fétides. Température 38°1. Pouls 108.

La femme a eu des contractions toute la nuit, le col est au toucher largement perméable.

Le 20 février à 10 heures, dilatation de 2 francs, pertes purulentes.

A 11 heures, dilatation 5 francs, bons bruits du cœur.

A 12 heures, on décide d'intervenir.

Césarienne vaginale pour présentation transversale, poche des eaux rompue depuis 3 jours. Rétraction de l'utérus sur la tête dernière, craniotomie. Fille mort-née pesant 2.960 gr. Délivrance immédiate pesant 490 gr.

Des incidents parés avec huile camphrée, anthéma, spartéine, sérum physiologique.

Vers 13 h. 30, la malade a fait un long frisson qui a duré un peu plus de dix minutes. Température 38°.

Puis, petit à petit, restitution *ad integrum*.

Cette observation nous montre une double rétraction : une première due à la présentation vicieuse (épaule) et une seconde (rétraction sur la tête dernière) due au fait que le potentiel passif de la rétrac-

tion première devient active par le vidage de la cavité utérine.

OBSERVATION VI

C'est l'histoire d'un accouchement artificiel à terme pour enfant mort et lenteur du travail.

Mme P. B..., 1-pare, de 33 ans, est admise à la salle de travail le 12 avril 1929 où nous apprenons ses antécédents d'ailleurs sans grande importance, parents vivants, bien portants, 5 collatéraux, dont 1 frère atteint d'une maladie nerveuse, nourrie au sein, réglée à 15 ans, date des dernières règles, début de juillet.

La malade a été amenée par une sage-femme : d'après les dires de celle-ci, la femme aurait commencé son travail le 11 avril vers 21 heures. A ce moment, les contractions étaient régulières. A la dilatation complète, la sage-femme fait pousser la parturiente : le travail progresse puis s'arrête brusquement à la période d'expulsion, le col revient sur lui-même, on essaie de faire une dilatation manuelle sans résultats. A ce moment, il s'écoule du méconium ; les bruits du cœur sont bons.

Un médecin appelé fait trois applications de forceps au détroit supérieur qui échouent. Vue cette situation embarrassante, on décide le transport de la femme à la maternité de la Pitié, où l'examen d'entrée du 12 avril trouve une tête d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur, une énorme bosse séro-sanguine donnant l'impression d'une tête engagée, col formant bourrelet, paraissant intact, dilatation 5 francs, membranes rompues, pas de bruits du cœur. Le lendemain, le résultat d'un nouvel examen ne montre pas un grand changement, tête fixée, grosse bosse séro-sanguine, pas d'auscultation, dilatation grande paume, mais bientôt les contractions utérines ont diminué d'intensité, et de durée, la température de la femme est de 38 degrés. Le tou-

cher fait reconnaître l'existence d'une déchirure latérale gauche du col et d'un clivage de la paroi postérieure du vagin.

Ce même jour à 10 h. 15, on décide de terminer l'accouchement. Intervention sous-anesthésie générale.

Impossibilité d'extraction des épaules, craniotomie rendant plus facile l'atteinte d'un membre supérieur. Extraction d'un enfant du sexe féminin, pesant 3.550 gr. sans matière cérébrale. Délivrance artificielle pesant 630 gr. Une révision utérine nous renseigne sur l'existence d'une déchirure du col, très étendue, remontant jusqu'à l'insertion vaginale à gauche, suturée au catgut. Délabrement de la paroi postérieure du vagin.

Traitement habituel de l'état général, tamponnement utérin, un autre vaginal. Le 15 avril passage de la malade à l'isolement. Température 38°9, sérum anti-gangréneux sous-cutané, mèche vaginale au sérum anti-gangréneux.

Etat stationnaire pendant 4 jours ; température 38°4, pouls 100 à partir du 19 avril le soir la régression des phénomènes morbides ne fait que s'accroître. Guérison.

La déchirure utérine a été la résultante d'une contracture préalable qui a présidé à la longueur embarrassante du travail. Peut-être que la sage-femme a fait pousser la parturiente avant le moment indiqué et qu'il faut chercher là l'épine irritative qui a déclenché la contracture.

OBSERVATION VII

Mme P. M..., IV-pare de 34 ans, est admise à Siredey pour menace de rupture utérine.

Première grossesse en 1926, accouchement naturel à terme

d'une fille vivante (3.000 gr.). Délivrance et suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1927, accouchement naturel au terme de 8 mois environ, garçon vivant pesant 1.500 gr. décédé 24 heures après l'accouchement. Délivrance et suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1931, accouchement naturel à terme, d'un garçon pesant 3.000 gr. Délivrance et suites de couches normales.

Quatrième grossesse, actuelle, dernières règles 10 avril, urines normales. *Le 29 janvier à l'examen d'entrée* à 13 heures utérus très tendu, tête en bas, auscultation négative; au toucher, col long, dilatation difficile à déterminer.

A 15 heures, on trouve à l'inspection l'utérus en sablier en 8, la palpation très douloureuse est impossible, dilatation non changée. Température 37°, pouls 136, on décide l'intervention à 15 h. 30. La femme n'a pas accusé de malaises, ni de douleurs, cependant on constate un changement de forme de l'utérus, le fœtus est sous la paroi, on sent la tête en haut de l'utérus; la rupture semble faite.

Intervention. — A l'ouverture de la paroi on trouve le fœtus libre dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'un gros fœtus, portant sur la face une trace de pression.

L'utérus porte une large déchirure transversale, sous vésicale siégeant sur la face antérieure du segment inférieur, cette déchirure a intéressé les artères utérines qui des deux côtés sont arrachées. Au côté droit on peut facilement la ligaturer, par contre du côté gauche on ne peut pas la trouver dans les caillots de sang. Amputation à l'utérus après la ligature de l'artère hypogastrique de ce côté. Ligatures des pédicules utéro-ovariens qui sont très infiltrés de sang. Drainage par le col utérin, péritonisation, fermeture en trois plans après petit drainage.

L'enfant pèse 3.800 gr.

Le 28 janvier, l'aspect général n'est pas mauvais, langue humide, la fosse iliaque gauche un peu douloureuse, le ventre est souple. Par le drain abdominal : un liquide sanglant, pas de selles, 250 cmc. d'urines. Température 39°4. Pouls 138.

Le 29 janvier, la nuit a été relativement calme, la malade tousse et crache, la langue est humide, pouls ample régulier, le ventre un peu ballonné, mais respirant bien, pas de gaz ni de selles, 250 cmc. d'urines, à l'auscultation râles humides dans les deux poumons. Matin température 38°3, pouls 116, le soir 39°9, pouls 120.

300 cmc. d'oxygène sous-cutané. Enveloppements humides.

Le 30 janvier, nuit agitée, le facies se tire un peu, yeux cernés, pâleur, langue sèche, ventre météorisé, pas de réflexes abdominaux cutanés, pas de selles, pas de gaz, urines sanglantes, lavement salé hypotonique, adrénaline, todd-acétate, 300 cmc. d'oxygène sous-cutané. Température 38°. Pouls 124 le matin ; température 39°3, pouls 124 le soir.

Le 31 janvier, nuit très agitée, facies pincé, yeux très cernés, pâleur cireuse, lèvres pâles, langue, ventre météorisé, pas de selles, urines 750 cmc., à l'auscultation quelques râles de bronchite.

L'état empire et le 4 février, la malade, après quelques vomissements fécaloïdes, succombe.

Cette observation nous montre un cas où le fœtus garde les empreintes de la rétraction utérine. A cet effet remarquons que la rigidité a été assez forte et durable.

OBSERVATION VIII

Mme L. R..., VII-gestation V-pare, 33 ans, subit hystérectomie subtotala pour rupture utérine, le 6 avril 1933.

La femme a été amenée d'urgence de ville, cinquième grossesse à terme. Tentatives en ville de déclanchement du travail à l'aide de piqûres de pituïlobine, 1 ampoule quotidienne pendant 4 jours. Le quatrième jour au matin, après la piqûre, douleurs abdominales violentes pendant quelques minutes, puis sensation de malaise, vomissements dans les heures qui suivent.

A l'arrivée à la Maternité, femme dans un état de shock alarmant. Facies pâle, teint cireux, pouls imperceptible, tension difficile à prendre, le maximum paraissant à 8 ; par sondage urines normales.

Examen « obstétrical ». — Utérus gardant sa forme normale, tendu, douloureux à la pression surtout au niveau de son fond. Impossibilité de reconnaître au palper les parties fœtales. Bruits du cœur absents.

Au toucher, col perméable, aucune présentation, au bout de doigt on arrive à percevoir une partie fœtale qu'on croit être la tête. Léger écoulement sanguinolent par la vulve.

Devant cet état on pense à une rupture utérine, dûe aux injections répétées d'hypophyse avec fœtus encore *in utero* ; on prépare la malade par une injection intra-veineuse de 500 gr. de sérum de Normet ainsi qu'à l'aide d'une transfusion sanguine (500 gr.).

Intervention. — Laparotomie médiane, sous et sus-ombilicale ; la face antérieure du segment inférieur est éclatée ; on a sous les yeux le fœtus encore *in utero*.

Extraction du fœtus mort (3.400 gr.) en état de rigidité cadavérique.

Extraction du placenta décollé et déjà dans le ventre, ablation de gros caillots situés au voisinage de la rupture.

Hystérectomie sub-totale ; Mickulitz. Parois en un plan aux fils de bronze.

Après l'opération, une deuxième transfusion, sérum, huile camphrée, caféine.

Suites bonnes. Amélioration rapide de l'état général. Sérum hypertonique (20 cmc. 2 fois par 24 h.) le quatrième jour gaz et matière. Guérison.

OBSERVATION IX

(M. LAURENTIE, *Bull. de soc. d'Ob. et Gyn.*, 1923).

Le 7 novembre 1921, je suis appelé par un médecin à quelques kilomètres de Beyrouth auprès de Mme B..., primipare, âgée de 34 ans. A mon arrivée, j'apprends que le travail a débuté depuis plusieurs jours sous la surveillance d'une matrone ; la veille, le médecin qui me fait demander, a été appelé lui-même, a constaté que la poche des eaux était rompue et, en présence des symptômes d'inertie, a fait prendre à la parturiente deux cachets de quinine de 0 gr. 50, des solutions sucrées, du cognac, et a fait de 5 heures en 5 heures trois injections d'un cmc. d'hypophysine.

Le travail n'ayant fait aucun progrès malgré ce traitement et un essai de dilatation artificielle, j'ai été appelé en consultation.

A l'examen, je trouve une femme fatiguée dont le pouls bat à 110 par minute, la température étant de 38°4, l'utérus paraît à volume normal, mais le palper est difficile, la parturiente étant obèse ; je n'arrive du reste pas à surprendre des périodes de véritable relâchement, la malade gémit sans cesse mais n'a pas de douleurs véritables.

A l'auscultation je crois entendre quelques bruits fœtaux très faibles et très irréguliers.

Au toucher la tête fœtale de volume normal et au détroit supérieur ; la dilatation est de 6 à 7 cm., le col plutôt souple, les parties molles vagino-périnéales sont rigides ; il n'existe aucun

rétrécissement du bassin, aucune disproportion entre les dimensions fœtales et pelviennes.

Devant ces constatations je me décide à intervenir. Sous anesthésie chloroformique, je fais successivement, après dilatation manuelle du col, 5 applications de forceps sur la tête en transverse au détroit supérieur ; les prises sont faciles, mais des tractions énergiques me font déraper chaque fois ; un toucher profond montre que le segment inférieur est très étroitement appliqué sur la tête. Après ces nombreux échecs, je me décide pour une basiotripsie ; les bruits du cœur du fœtus ne se perçoivent du reste plus. Le broiement de la tête est facile, mais son extraction est particulièrement pénible ; malgré une anesthésie complète et une injection de morphine, j'arrive à grand'peine à extérioriser la tête, qui reste collée au niveau de la vulve.

J'essaie, mais en vain, d'abaisser le bras postérieur, puis l'antérieur ; je procède à la décollation de la tête ; mes manœuvres d'abaissement des bras restent encore stériles.

Enfin, je finis par une cléidotomie double qui me permet, toujours à grand'peine, d'extraire un fœtus qui pourtant n'est pas volumineux ; son poids doit être de 3.600 gr. environ. Délivrance artificielle relativement facile, l'utérus paraissant s'être relâché ; abondante injection intra-utérine iodée.

Un examen rétrospectif me montre l'intégrité de l'utérus et du col utérin ; nombreuses éraillures du vagin ; déchirure incomplète du périnée. Tout cela a été particulièrement long et laborieux.

Comme je m'y attendais, l'infection puerpérale dès le lendemain ; la malade succombe le 5^e jour de septicémie.

OBSERVATION X

(M. PAUL BALARD. In *Gazette hebdomadaire des Soc. médicales*, 1924).

Primipare de 30 ans, à terme, sans antécédents pathologiques. Début du travail à 9 heures du soir, douleurs très espacées jusqu'à minuit, puis rapprochées, fortes et prolongées. A 4 heures du matin, examinée par la sage-femme, dilatation de 1 franc, douleurs fortes, prolongées de cinq minutes en cinq minutes, à 14 heures dilatation de 2 francs. A 16 heures pas de progrès. Injection d'extrait hypophysine, puis rupture de la poche des eaux à 16 heures et demie. A 17 heures, examinée par un médecin, qui la trouve encore à la dilatation de 2 francs. Ce confrère qui sans être accoucheur de carrière a l'expérience de l'âge et pratique fréquemment des accouchements, fait sous chloroforme une dilatation et plusieurs tentatives de forceps sans résultat.

La malade est envoyée à 20 heures à la Maternité.

Examen. — On ne nous prévient pas qu'il a été fait une injection d'extrait hypophysaire, nous ne l'avons appris par l'interrogatoire qu'après l'accouchement. Nous trouvons l'utérus contracturé sans période de repos, très fortement incliné à droite, la tête mal fléchie venant buter dans la fosse iliaque gauche. Auscultation négative, croyons-nous, mais la rétraction permanente de l'utérus et l'agitation de la malade ne nous permettent pas d'acquiescer à une certitude sur ce point.

Toucher sous chloroforme. Col dilaté en manchette à grande palmaire. Tête mal fléchie au-dessus du détroit supérieur. Une anse de cordon se trouve en arrière de la tête et y a été sans doute amenée au cours des tentatives de forceps. Pas de battements.

Tentative de forceps sans résultat.

Basiotripsie facile en ce qui concerne le broiement et l'extraction de la tête. Grosse difficulté pour l'extraction des épaules et du tronc, non pas à cause du volume exagéré de l'enfant qui ne pèse que 3 kgr. 320 sans matière cérébrale, mais par suite de la rétraction utérine. Fracture volontaire du bras postérieur pour faciliter l'extraction. Même alors le bras vient difficilement tellement il est enserré par des anneaux de contraction entre le corps du fœtus et la paroi utérine.

OBSERVATION XI

(M. PAUL BALARD. In *Gazette hebdomadaire des Sociétés médicales*, 1924).

Primipare de 20 ans, toujours bien portante, entre en travail au terme de sa grossesse.

Après une nuit de vagues douleurs utérines, présente au matin quelques glaires sanguinolents ; examinée à 11 heures du matin par la sage-femme qui confirme le début du travail. A 17 heures les douleurs deviennent plus fortes et se succèdent à bref intervalle. A 22 heures, la sage-femme revient et constate une dilatation de 1 franc. Les douleurs s'espacent, la malade croit avoir perdu les eaux. A 24 heures, la sage-femme pratique une injection hypodermique pour activer le travail. Il s'agit évidemment d'extrait hypophysaire dont nous ignorons la marque et la dose. Presque instantanément les douleurs deviennent très intenses mais peu fréquentes.

Le travail ne progressant pas, on envoie chercher le médecin qui tente sans anesthésie une application de forceps sans résultat ; la malade est transportée à la Maternité.

Examen. — Nous interrogeons la femme et, apprenant qu'elle avait reçu une injection pour activer le travail, nous pratiquons aussitôt une injection de morphine. L'utérus est en léger état de

contracture, situation normale, bruits du cœur normaux. La tête est dans l'excavation en droite postérieure, dilatation presque complète. Le sacrum paraît légèrement plat et le bassin de peu d'amplitude.

Sous chloroforme et grâce à l'action de la morphine, application de forceps correcte et extraction d'une facilité vraiment enfantine, sans presque la moindre traction, d'un enfant vivant de 3.170 kgr.

Les observations VIII, IX, X et XI, nous mettent en présence des effets nuisibles de l'emploi des ocytociques à tort et à travers. C'est l'occasion de rappeler la juste remarque de Vignes « il faut réserver l'extrait hypophysaire aux cas purs d'insuffisance contractile, lesquels sont très rares et ne se rencontrent pas une fois sur 50 accouchements. » Cette remarque extrémiste n'enlève pas la valeur de l'extrait hypophysaire, lequel bien dosé et employé ne contracture pas l'utérus mais au contraire rapproche et renforce les contractions utérines.

OBSERVATION XII

(MM. GONNET et CHAIX. In *Bull. de la Soc. d'Ob. et Gyn.*, 1926).

Mme C..., primipare, 41 ans, est amenée à la Maternité le 4 octobre 1925 à 10 heures.

Les douleurs ont commencé chez elle le même soir à 4 heures et les membranes se sont rompues à 8 heures.

L'examen à l'entrée. — Les contractions utérines sont faibles; la tête est fixée en O. I. D. P., le fœtus est volumineux. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Le col est fermé.

5 octobre, les contractions sont toujours faibles, les bruits du cœur ne sont pas entendus. Un toucher pratiqué dans la soirée fait sentir un col épais, dilaté à 2 francs.

6 octobre, le matin, la malade est pâle ; elle a ressenti un violent frisson, sa température est montée à 39° 5. Elle émet des urines rares et fortement albumineuses. Un liquide boueux, fortement teinté, s'écoule de l'utérus, qui est tendu et laisse mal sentir le fœtus.

Le col est dilaté à 5 francs toujours épais surtout à gauche.

Intervention. — Le col est dilaté progressivement par des manœuvres manuelles. La tête est dans l'excavation en O. I. O. P., son volume est réduit par une craniotomie suivie d'une basiotripsie. Des contractions énergiques et prolongées sont nécessaires pour amener la tête hors de la vulve.

L'abaissement des épaules est complètement impossible. La tête fœtale est sectionnée.

Un toucher profond fait sentir un anneau de rétraction extrêmement serré sur l'abdomen fœtal et permet d'abaisser les deux bras, l'un après l'autre. Le fœtus est extrait assez aisément par des tractions sur les deux bras.

Derrière lui s'écoule un liquide boueux, très fétide.

Une délivrance artificielle est pratiquée 1 heure après l'accouchement, on note une déchirure de la portion vaginale du col à gauche.

7 octobre, état général médiocre. Pas de ballonnement. L'utérus n'est pas douloureux.

8 octobre, après une nuit calme, à 8 heures la malade ressent brusquement un point de côté thoracique gauche extrêmement violent. La dyspnée est intense, sous le mamelon on entend des râles sous crépitants abondants et assez gros. Rien du côté abdominal. La malade meurt d'asphyxie progressive dans la nuit suivante,

OBSERVATION XIII

(MM. GONNET et CHAIX. In *Bull. de la soc. d'Ob. et Gyn.*, 1926).

Mme V..., primipare, 33 ans est vue pour la première fois le 29 juin 1925.

Le fœtus se présente en O. I. D. A. fixée. La hauteur utérine est de 46 cm. Le diagnostic porté est gros enfant, hydramnios, pas d'albumine, bassin normal.

Les douleurs commencent le 2 juillet à 20 heures. Elles continuent légères jusqu'au 4 juillet. Ce jour à 10 h. 30, rupture de la poche des eaux spontanée.

A 14 heures le col est dilaté à 2 francs.

A 20 heures on perçoit faiblement les bruits du cœur. Au toucher, le col est dilaté à 5 francs. Le cordon est senti à droite de la tête, animé de battements réguliers, sous-anesthésie, il est repassé au-dessus de la tête.

5 juillet, à 3 heures, les bruits du cœur ne sont plus perçus, le col est dilaté à une petite paume de main. La tête située en haut de l'excavation, les contractions sont faibles et rares.

A 8 heures, la malade a deux frissons, la température remonte à 39°5, les eaux sont fétides, le col est inchangé.

A 10 heures, intervention : le col se dilate progressivement à la main. Craniotomie, basiotripsie. Des tractions pénibles et prolongées sont nécessaires pour amener la tête hors de la vulve.

Il est dès lors impossible d'abaisser les épaules les tractions n'aboutissent qu'à disloquer la colonne vertébrale.

La décapitation se complète aux ciseaux. Un toucher profond pratiqué à ce moment, fait sentir les épaules et le thorax du fœtus, libre, et l'abdomen fœtal enserré dans un anneau de rétraction extrêmement dur.

Le bras antérieur est abaissé, puis le bras postérieur assez facilement. Des tractions, sur les deux bras, permettent de terminer l'extraction fœtale.

Sur le fœtus on voit très nettement au niveau de l'abdomen les traces de l'anneau de rétraction.

Le fœtus pèse 3.900 gr., placenta 700 gr. La délivrance est spontanée. Les suites de couches sont fébriles avec une phlébite gauche légère. La malade quitte le service deux mois après en excellent état.

Les deux observations de MM. Gounet et Chaix, montrent nettement la gravité de la rétraction utérine localisée et son influence sur la marche de l'accouchement. L'anneau de structure apparaît dans les deux cas, non pas au niveau de l'anneau de Bandl, mais beaucoup plus haut, vers le milieu du corps utérin, sans déformation extérieure perceptible. C'est au niveau de cet anneau de rétraction que l'abdomen du fœtus est retenu, alors que le thorax est relativement libre et mobile au-dessous de la zone circulaire rétractée.

En dehors de la primiparité et l'âge (33 et 41 ans) la cause prédisposante de la rétraction a été, dans les deux cas sus-cités, la rupture prématurée ou précoce de la poche des eaux. La longueur du travail a été la vraie cause efficiente de la rétraction.

OBSERVATION XIV

(MM. MARC RIVIÈRE et BOURSIER. In *Bull. de la Soc. d'Ob. et Gyn.*, 1923).

Mme S..., est une I-pare de 33 ans, pesant environ 130 kilogrammes. Parvenue au terme de sa grossesse elle perd les eaux le 18 juillet et commence à souffrir peu après. La dilatation est longue, malgré des douleurs très fréquentes et très intenses. Le 20 juillet, vers midi, la sage-femme qui assiste la parturiente inquiète, fait demander M. le professeur agrégé Péry, qui constate une dilatation petite paume avec présentation céphalique sans disproportion entre la tête fœtale et le bassin. La mère ni l'enfant ne manifestant de signes de souffrance, M. Péry, conseille d'attendre la dilatation complète pour intervenir, sauf indication intercurrente.

La dilatation est complète vers 13 heures et la malade commence à pousser. Bientôt les douleurs deviennent subintrantes, la malade pousse des cris continuels, présente une agitation anormale, sans que, cependant, l'expulsion progresse.

C'est dans ces conditions que l'un d'entre nous est appelé à 17 heures, à défaut de M. Péry indisponible.

A notre arrivée, nous sommes frappé par l'état d'agitation extrême que présente la malade; le facies est gris, le pouls rapide, l'utérus en contraction presque permanente, commence à présenter un anneau qui lui donne la forme d'un sablier. Dans ces conditions, nous décidons de terminer l'accouchement.

Sous anesthésie au chloroforme très poussée, nous faisons une première application de forceps, au-dessus du détroit supérieur en O. I. D. A. Quoique la tête soit correctement prise et malgré des tractions soutenues, nous n'obtenons aucune progression. Après désarticulation et vérification du diagnostic de position

qui est reconnu exact, nous tentons une deuxième application sans plus de résultat.

Dans ces conditions, nous renonçons à poursuivre notre tentative au domicile de la parturiente, et, après une injection de Pantopon, nous transportons la malade à la clinique d'accouchement. Là, on constate que la forme de l'utérus en sablier s'est encore accentuée, le palper montre la tête au-dessous de l'anneau de striction, très élevée au-dessus du détroit supérieur sur laquelle elle n'appuie pas. Au toucher, le col est légèrement revenu sur lui-même, encadrant une volumineuse bosse séro-sanguine. Le toucher profond permet de sentir un anneau de contraction très serré autour du fœtus, un paquet de cordon bat faiblement à ce niveau.

On tente une nouvelle application de forceps qui, malgré des tractions soutenues, ne donne aucun résultat.

En raison du très mauvais état du fœtus, nous décidons alors de pratiquer la basiotripsie pour pouvoir plus commodément atteindre les bras qui nous serviront de tiges de traction. Mais, par suite de l'élévation de la tête fœtale, de la difficulté pour l'aide de la maintenir à travers une paroi exagérément épaisse, le broiement n'intéresse que la voûte et le basiotribe dérape sans entraîner le fœtus.

On réussit cependant à abaisser un bras, mais l'autre épaule, étroitement moulée par l'anneau de contraction, reste inaccessible et l'extraction demeure impossible. Une tentative d'embryotomie échoue alors en raison de l'élévation de la présentation et de la rétraction utérine.

A ce moment, la malade a déjà absorbé 200 gr. de chloroforme et a subi deux injections de morphine sans que l'utérus ait relâché son étreinte. Nous décidons alors, comme dernière ressource, de recourir à l'hystérectomie

L'opération est pratiquée par le Dr Mange, à l'hôpital Tastet,

le 21 juillet, à 1 heure du matin. Après badigeonnage soigneux à l'iode du vagin et des parties fœtales qui y sont engagées l'utérus est incisé sur la ligne médiane. Le passage de la tête fœtale de bas en haut, à travers l'anneau de contraction, exige un certain effort. Hystérectomie subtotalaire rapide. Drain sus-pubien.

Avant l'intervention, le malade a absorbé près de 10 gouttes de la solution de digitaline à 1/1.000. Après l'opération, le pouls est à 130. L'état général paraît d'abord satisfaisant, mais 24 heures après apparaît un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, puis des signes de dilatation du cœur droit. L'opérée succombe à ces accidents 64 heures après l'intervention.

Dans cette observation on remarque que aucune manœuvre intra-utérine intempestive, n'avait été pratiquée. Pour expliquer la rétraction, la contraction, il faut penser à une qualité spéciale de l'étoffe utérine chez cette obèse de plus de 120 kgr.

En ce qui concerne la conduite tenue, c'est regrettable de ne pas avoir recouru plus tôt à l'hystérectomie qui, pratiquée sur une femme moins shockée, moins intoxiquée par le chloroforme, eut peut-être donné la satisfaction de sauver la vie de la mère.

OBSERVATION XV

(MARTIN. In *Montpellier Médical*, 3 nov. 1912).

Le 5 avril je fus appelé de nuit, auprès d'une parturiente ; je la trouvai très énervée, par une longueur du travail exceptionnelle. Cette jeune femme primipare de 28 ans, courte, petite, fortement musclée, souffrait en effet depuis plus de 36 heures ; les

douleurs étaient subintrantes et très violentes. La malade souffrait énormément, était dans un état d'excitation surprenant. La poche des eaux s'était rompue spontanément : deux sages-femmes qui étaient auprès de la parturiente, avaient constaté la dilatation complète, elles avaient cru à un commencement de descente de la tête ; puis tout avait paru changer ; leurs sensations étaient devenues plus confuses, plus incertaines ; malgré de très violentes douleurs la tête ne paraissait plus bouger ; les bruits du cœur qu'elles croyaient avoir entendu pendant les heures précédentes, avaient cessé ; c'est dans ces conditions qu'elles m'avaient appelé.

Cette femme était plus âgée que ne le sont habituellement les primipares ; elle était petite, courte, ramassée, portait quelques signes de rachitisme, pas de syphilis, pas d'albuminurie, la grossesse était à terme.

A l'auscultation, pas de bruits du cœur.

Au palper, contraction permanente de l'utérus.

Au toucher, dès la pénétration dans le vagin, le doigt rencontrait une masse ronde, volumineuse, remplissant tout le vagin, et donnant l'impression que donne une bosse séro-sanguine sur une tête fœtale. Un toucher plus étendu avec deux doigts me permit de sentir, à peine, en arrière de cette bosse sanguine le plan régulièrement résistant des os du crâne, car les os, qui avaient encore conservé leurs rapports normaux de voisinage se dissocièrent au premier contact. En faisant le tour de cette tumeur, le plus haut possible, j'eus alors la sensation d'une tumeur demi-molle, demi-fluante, dans laquelle je percevais par instants des formes osseuses. Ces os, non seulement chevauchaient les uns sur les autres, mais de plus ils fuyaient facilement sous les doigts, et paraissaient en équilibre instable dans une substance de consistance demi-molle ; ils étaient larges, plats, dentelés sur les bords, c'étaient bien les os du crâne, dis-

sociés. En introduisant sensiblement la main à côté de cette tête fœtale, je pus la dépasser et mes doigts atteignirent une région bien plus étroite, étranglée, qui devait être, semblait-il, le cou du fœtus.

Du côté maternel, l'utérus était rétracté et complètement accolé sur cet étranglement fœtal ; l'orifice utérin qui l'inserrait me paraissait avoir des dimensions voisines de celle d'une pièce de 5 francs. J'essayais, mais en vain, de pénétrer dans ce que je croyais être l'orifice externe du col. La suite de l'observation me fit penser, après coup, qu'absorbé par les sensations, si bizarres que me donnait la tête fœtale, j'avais probablement pénétré à travers un col complètement dilaté et se continuant sans démarcation nette, avec les culs-de-sac vaginaux, et que, dépassant le col, j'avais atteint l'anneau de Brandl. Ceci expliquerait également que j'ai dû introduire la main entière dans les voies génitales pour dépasser la tumeur.

Quoi qu'il en soit, j'essayai, alors, avec la main enfoncée dans le vagin, de déterminer à travers la paroi antérieure, au-dessus de l'étranglement, ce qu'il pouvait bien y avoir dans la cavité utérine, faisant suite au cou du fœtus, et, nouvelle surprise, je sentis une nouvelle masse dure, osseuse, assez régulière et ronde ; était-ce une nouvelle tête fœtale ?

Le diagnostic au point de vue fœtal étant incertain, je me contentai de celui de spasme de l'utérus.

Les bruits du cœur fœtal ayant cessé depuis longtemps, la femme, sauf l'excitation, étant en bon état, les chances de rupture utérine étant réduites au minimum, à cause de la primiparité, je pensais qu'avant toute autre décision, il fallait essayer de calmer le spasme utérin.

Je fit aussitôt donner 30 grammes de sirop de morphine à la patiente. Elle eut un repos de deux heures, et, à son réveil, le spasme ayant cessé, quelques douleurs suffirent à expulser spon-

tanément, par la tête, un enfant mort et macéré. Rien d'anormal à la délivrance ; suites de couches parfaites.

L'examen attentif de la tête fœtale me donna la clef de toutes mes sensations.

A première vue, la tête, à elle seule, était aussi volumineuse que le buste entier. De plus, l'enfant étant sur le plan résistant d'une cheminée, la tête ne conservait pas sa forme uniformément arrondie ; elle s'aplatissait dans le sens de la pesanteur. Cette exagération de volume portait uniquement sur la partie supérieure de la tête : le tronc et le sommet. La face avait des dimensions normales.

Ces deux régions étaient séparées par un sillon circulaire, très visible et très net sur une partie de la tête ; en certains endroits la dépression n'existait pas, à sa place, il y avait comme au fond du sillon, une trace rouge, violacée, ressemblant à l'empreinte d'une ligature très resserrée, faite par un ruban. Les dimensions de ces sillons en longueur étaient sensiblement égales sur tout le pourtour, et voisines d'un centimètre. Ces sillons portaient en avant de la racine du nez, enfonçaient les globes oculaires dans leur orbite, tournaient au-dessus des pavillons des oreilles et se rejoignaient sur l'occiput.

En promenant mes doigts sur la région du crâne, située au-dessus du sillon, je retrouvai toutes les sensations que m'avait données le toucher. Les os du sommet du crâne étaient dissociés, ils fuyaient sous le doigt et nageaient en quelque sorte dans la pulpe cérébrale. A ce niveau, les tissus étaient œdédiés et présentaient l'aspect d'une bosse sanguine.

Au-dessous du sillon sur la face, rien de particulier.

Par conséquent, au moment du toucher, la partie du crâne située au-dessus du sillon, était celle que j'avais atteinte par le vagin ; la région située au-dessous du sillon, la face, formait la tumeur que j'avais sentie à travers l'utérus au-dessus du col, et

le sillon, de par sa forme et ses dimensions, ne pouvait correspondre qu'à une région utérine particulièrement musculeuse en forme d'anneau, c'est-à-dire à l'anneau de Bandl.

Cette intéressante observation nous montre que la contracture spasmodique du muscle utérin chez cette primipare de 28 ans, fortement musclée, avait donc été assez puissante pour écraser une tête fœtale descendue en partie dans l'excavation, et pour réduire aux dimensions d'un cou de fœtus à terme, la région du crâne constituée au point de vue osseux par la racine du nez, les cavités orbitaires, les temporaux, l'occiput.

La contracture de l'utérus, dans ce cas particulier paraît tenir au léger rétrécissement du bassin de cette femme, le volume de la tête du fœtus étant plutôt la conséquence du spasme que la cause.

CONCLUSIONS

1^o La rétraction de l'utérus — cause de dystocie souvent méconnue ou confondue avec d'autres anomalies de la contraction utérine — est une contraction durable du muscle utérin, lequel revient sur lui-même d'une façon aussi définitive que possible.

2^o Cette contraction est un phénomène passif et non pas un travail du muscle.

3^o Son étiologie tient à des résistances maternelles ou fœtales, soit à des qualités intrinsèques de l'appareil circulatoire et du système nerveux du muscle utérin sur lesquelles se greffe à la suite de la rupture des membranes un élément infectieux.

4^o La symptomatologie est celle de l'hypertonie : douleur continue dans l'intervalle des contractions, dureté permanente de la paroi utérine, précocité de la souffrance fœtale, longueur du travail.

5^o Il faut savoir la reconnaître de bonne heure et ne pas laisser se prolonger à l'excès le travail, si l'on veut pouvoir parer à temps à ses graves méfaits, dans lesquels la vie de la mère et surtout celle de l'enfant est engagée.

6^o Quatre éléments fixent sa prophylaxie :

- I. Supprimer à temps toute dystocie fœtale ou maternelle.
 - II. Respecter soigneusement l'intégrité de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète.
 - III. Ne pas chercher sans indication précise à exciter la contraction utérine par des moyens médicamenteux ou mécaniques.
 - IV. Enfin chaque fois que le travail semble épuisant avec des douleurs rapprochées et fatigantes, faire une ou plusieurs injections de spasmalgine, qui détendent l'utérus, reposent la parturiente et réalisent ainsi le vrai traitement prophylactique de la rétraction.
- 7^o La thérapeutique interventionniste sera guidée par deux principes :

- I. Chercher, reconnaître et traiter la cause de la rétraction.
- II. Si l'intervention n'est pas pressante savoir que vis-à-vis d'un utérus surexcité mieux vaut patience et douceur que force et vigueur.

Vu : le Président de la thèse,

JEANNIN.

Vu : le Doyen de la Faculté,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Aiello.* -- Consideraciones clinicas sobre la retraccion del utéro en relacion con inervation del mismo (Accion med. 3, 271-277, aug. 1932).
- Audubert.* -- Césarienne segmento corporeale pour contracture de l'anneau de Bandl (Bruxelles méd. 12, 1478-1480, 30 oct. 1932).
- Balard.* -- A propos de deux cas d'emploi inconsideré d'extrait hypophysaire au cours de l'accouchement (Gazette hebd. des sc. médicales, oct. 1924, n° 43).
- Balard et Mahon.* -- La rachianesthésie dans le traitement des états dits de rigidité spasmodique du col au cours du traitement (Presse médicale, 36, 291-292, 7 mars 1928).
- Baltzer.* -- Uber volligen spontanen ring parmigen Abriss der Mutter, mundspartien unter der reburt und andere Auswinkungen der Zervix rigidital (Ztschr. f. Gebund. a. Gynak, 102, 585-599, 1932).
- Bindschaldler.* -- Les douleurs spasmodiques au cours de l'accouchement (t. janv. juin 1928, Gynec. et obs.) Masson).
- Bourret.* -- Traitement de la dystocie par contracture utérine (Gaz. des hôp. Paris, 10 oct. 1925).
- Brault.* -- Les idées actuelles sur la contraction utérine : inertie ou contracture (Revue bretonne d'obs. et chi. prat., janv. 1924).
- Brermann.* -- Les anomalies de la contraction utérine (Progrès médical, 5, 29 janvier 1921).

- Carsi.* — Alarming dynamic dystocia due to litter local or generalised hypertonia of uterin muscles, 4 cases (*Mundi med.* 14, 25 July 1932).
- Commandeur.* — Sur la rétraction de l'utérus pendant l'accouchement (*Paris médical*, 25 juin 1926).
- Delmas.* — Contracture ou rétraction (*Marseille médical*, 22, 5 avril 1928).
- Demelin.* — De la contraction utérine et des dyscinésies corrélatives (*G. Doin*, 1927).
- Siège mode de fesses et anneau de contraction (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, 29 avril 1891).
- Rétraction au-dessous du sommet (*Soc. obs. de France*, p. 47, 1892).
- Gaignard.* — Conduite à tenir dans le cas de contracture utérine au cours de l'accouchement (8^e, Paris, 1910).
- Gonnet et Chaix.* — Deux cas de dystocie grave par rétraction utérine sur l'abdomen fœtal (*Soc. d'obs. et gyn. de Lyon*, 5 nov. 1926).
- Guiroy et Adams.* — Dystocia caused by spasmodic contracture and gravid uterus. Schickeli's syndrom (*Semena med.*, 4, 16 janv. 1930).
- Haskell et Rucker.* — Rupture utérine et mort après l'emploi de pituitrine (*Revue française de gyn. et obs.*, n° 3, 10 févr. 1924).
- Hermina Ferreira Pinto.* — Un cas de rupture de l'utérus (*Revista de gynecologia et obstetria*, mars 1913).
- Hicks.* — Retraction of the uterine muscle associated with obstructed labour (*Brit. M. J.*, London, 1916, 11, 515-517).
- Harrenberger.* — Contractions spasmodiques localisées au col de l'utérus en travail (*Gyn. et Obs.* 17, 378-398, mai 1928).
- Jeannin.* — La rétraction utérine durant le travail (Conférence à la Pitié le 16 juin 1933).

- Laurentie.* — Les méfaits de l'extrait d'hypophyse en obstétrique. Un cas d'accouchement particulièrement compliqué par plusieurs injections d'hypophysine (Bul. de la Soc. d'Obst. et Gyn., n° 10, 1923).
- Lenzi.* — Sullo spasmo dell'anello di Bandl inconograpia indiretta e considérations clinica (Arch. di Obstet. e Gyn., 14, 523-527, oct. 1927).
- Mahon.* — Le tonus utérin et ses variations (Gyn. et Obst. t., janv. juin 1932. Masson).
- Martin.* — Un cas de contracture spasmodique de l'anneau de Bandl ayant écrasé la tête d'un enfant mort et légèrement macéré (Montpellier méd., 1912, XXXV, 413-418).
- Michael.* — L'anneau de Bandl comme cause de dystocie (A. J. O. G., juillet 1925).
- Peralta.* — Dystocie caused by dissociation of functional synergy during spasmodic contractures of pregnant uterus (Rev. esp. de Obst. y Gin., 17, 163-188 april 1932).
- Petit.* — De la conduite à tenir dans la dystocie par contracture annulaire de l'utérus (Médecine prat. Paris, 1914, X, 421-425).
- Probstner.* — Cas de rupture utérine par dosage inexact de préparation d'hypophyse (Medezin. Klink. Munchen, janv. 1930).
- Rivière et Boursier.* — Hystérectomie pour contracture irréductible de l'utérus (Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1923, XII, 547-549).
- Rojas.* — Annular dystocia from uterine retraction case (Bul. Soc. of Obst. and Gin., 7, 96-110, june 1927).
- Rucker.* — Adrenalin in treatment of contraction ring with note on action of adrenalin upon tubal contractions (South. M. J., 24, 258-263, March 1931).

Schickèle. — Contractions spasmodiques de l'utérus parturient (Gyn. et Obst. t., janv.-juin 1928. Masson).

Schwartz. — Dystocia caused by spasmodic contracture of uterus, Schickele's syndrom (Semana med., I, 1227-1230, 15 May 1930).

Shannon. — The retraction ring as a cause of dystocia (Glasgow M. J., 1912, LXXVIII, 125-127).

Van der Hoeven. — Conduction of labor in rigidity of soft parts ; diagnosis of position of child treatment of asphyxia (Ned. zeijdschr. v. genees., 75, 3456-3459, 27 june 1931).

Vignes. — Contractions et contractures annulaires au cours de l'accouchement (Rev. gén. et clinique et de thérap. Paris, 1922, XXXVI, 389-392).

— Les médicaments qui modifient la contraction utérine (Presse médicale, 7, 23 janv. 1924).

438. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-1933
